ADEVERINȚĂ MEDICALĂ SPORTIV

ASOCIAȚIA MUNICIPALĂ DE VOLEI BUCUREȘTI

ACEASTĂ ADEVERINȚĂ MEDICALĂ ARE VALABILITATE 6 LUNI, ÎNCEPÂND DE LA DATA EXAMINĂRII. (în absența unor stări patologice ulterioare)

NUME:

PRENUME:

DATA NAȘTERII: LOCUL NAȘTERII:

CNP:

DATA EXAMENULUI MEDICAL:

PRIN ACEASTĂ ADEVERINȚĂ, CONFIRM, BAZÂNDU-MĂ PE DATELE CE MI-AU FOST ADUSE LA CUNOȘTINȚĂ ȘI DUPĂ O EXAMINARE MEDICALĂ CONFORM LEGII, CĂ SPORTIVUL MENȚIONAT ESTE APT MEDICO-SPORTIV ȘI POATE PARTICIPA LA COMPETIȚIILE ORGANIZATE DE FEDERAȚIA ROMÂNĂ DE VOLEI.

MĂ ANGAJEZ SĂ CUNOSC REGLEMENTĂRILE ANTI-DOPING.

SUNT DE ACORD CA ADEVERINȚA MEDICALĂ SĂ FIE TRANSMISĂ CĂTRE A.N.A.D., ÎNAINTE SAU ÎN TIMPUL COMPETIȚIEI, CONFORM REGULAMENTELOR ACESTEIA.

SEMNĂTURA SPORTIVULUI

SEMNĂTURA ȘI PARAFA MEDICULUI

L.S.